
UIT DE VOEGEN VAN WET

Een artikel over de juridische afbakening van taken, verantwoordelijkheden en autonomie tussen de beroepsprofessie van psychiater en SPV

Josan op den Velde en **Johan Vincent**, Afstudeerartikel MGZ/GGZ Hogeschool van Amsterdam

Inleiding

In de dagelijkse praktijk is de afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen psychiaters en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (voortaan SPV) niet altijd helder. Er bestaat een grijsgebied waarin taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn, in elkaar overlopen en elkaar overlappen. Parallel aan maatschappelijke ontwikkelingen is er een taakverschuiving gaande van arts richting verpleegkundige. Deze verschuiving komt vooral tot uiting in de dagelijkse gang van zaken op de werkvloer. Beleid op instellingsniveau komt niet altijd overeen met deze gang van zaken: taken en verantwoordelijkheden van de verschillende beroepsgroepen binnen de instelling zijn vaker niet, dan wel vastgelegd of geformaliseerd. De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (voortaan BIG) geeft een kader over taken en verantwoordelijkheden van verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg, waaronder die van verpleegkundigen en artsen. De inhoud van deze kaders is niet of nauwelijks omschreven. Hierdoor biedt de Wet BIG vaak geen uitkomst in onduidelijkheden over verantwoordelijkheden in de dagelijkse praktijk. Bovenstaande ontwikkelingen maken de positie van de SPV volgens ons op juridisch gebied kwetsbaar. In dit artikel trachten wij een beeld te schetsen van de frictie tussen werkzaamheden van SPV-en in de dagelijkse praktijk enerzijds, en de wet -en regelgeving anderzijds. Daarnaast trachten wij in kaart te brengen waarin deze frictie tot uiting komt en wat de mogelijke oorzaken zijn. Wij hopen dat dit artikel een vertrekpunt kan zijn voor de door ons noodzakelijk geachte discussie op de werkvloer.

Grijsgebied

Het begrip grijsgebied zal in dit artikel nog diverse keren naar voren komen. Onder dit fenomeen verstaan we: 'Het grijsgebied omvat werkzaamheden die niet beschermd zijn door de huidige wet -en regelgeving. In het verlengde daarvan is onduidelijk in hoeverre de werkzaamheden specifiek bij een bepaalde discipline horen. Hierbij gaat het niet zelden om werkzaamheden die, strikt gezien, volgens de huidige wetgeving niet door een bepaalde beroepsgroep verricht mogen worden maar in de dagelijkse praktijk toch door hen verricht worden'.

Huidige situatie

Zowel de doelgroepen in de GGZ, als de vraag naar GGZ zorg, zijn in vergelijking met het verleden fors toegenomen (Zorg van Velen, 2002). Daarnaast is er sprake van tekorten van disciplines om de vele hulpvragen te beantwoorden. Dit heeft er mede toe geleid dat zowel het werkveld als de werkzaamheden van de SPV verruimd zijn. Gaandeweg hebben SPV-en taken overgenomen van de psychiater. Te denken valt aan het zelfstandig indiceren van behandeling in een APZ of de RIAGG, of het inwinnen van medische informatie (Algera & Scholten, 1998). Mede door deze ontwikkelingen is de SPV uitgegroeid tot een autonome beroepsgroep met specifieke deskundigheid op het gebied van het begeleiden en behandelen van patiënten met complexe problematiek. Enerzijds wordt deze verworven autonomie betwist, anderzijds is er sprake van politieke

ontwikkelingen waarbij een herverdeling van taken moet plaatsvinden tussen de verschillende professionals: de zogenoemde taakherschikking (RvZ 1, 2002).

Taakherschikking

De wijze waarop taken onderling verdeeld zijn tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg vindt zijn oorsprong in historie en traditie. In de praktijk is voortdurend sprake van verschuiving van taken, en is de verdeling van taken nooit af (RvZ 1, 2002). Momenteel staat taakverdeling op politiek niveau volop in de belangstelling vanwege de toenemende vraag naar zorg en de geringe groeimogelijkheden. Daarnaast worden de eisen rond kwaliteit van zorg steeds strenger. Instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars stellen alles in het werk om op deze ontwikkeling te anticiperen door de zorg anders te verdelen (RvZ 1, 2002). Op basis van praktijkonderzoek concludeert de RvZ dat handelingen van medische aard goed overgenomen kunnen worden door bijvoorbeeld verpleegkundigen. Hiermee zou ook recht gedaan worden aan de deskundigheid en bekwaamheid van beroepsbeoefenaren die deze taken overnemen (RvZ 2, 2002). Taakherschikking heeft tot doel de zorg efficiënter en beter toegankelijk te maken, én de kwaliteit van zorg te blijven garanderen. Daarnaast biedt het verschillende beroepen in de gezondheidszorg meer loopbaanperspectief door verruiming van taken. Werk in de gezondheidszorg wordt daardoor aantrekkelijker én dat komt de arbeidsmarkt ten goede. Volgens de Raad zouden deskundigheid en competenties van de hulpverlener richtinggevend dienen te zijn voor de vraag wie de patiënt kan helpen, en niet de hiërarchie van een oude beroepenstructuur (RvZ 1, 2002). Patiëntenbelangen spelen een belangrijke rol en dienen voorop te staan. Daarnaast zal de huidige wetgeving uitgangspunt moeten zijn (RvZ 1, 2002). Om daadwerkelijk tot taakherschikking te komen stelt de Raad dat er sprake moet zijn van erkenning van zowel een toenemende zorgvraag, als van een diversiteit aan deskundigheid bij hulpverleners. Deze erkenning moet verkregen worden op de werkvloer in de instellingen maar ook op maatschappelijk en politiek niveau. Daarnaast stelt de raad dat het aanpassen van wet -en regelgeving nodig zal zijn (RvZ 2, 2002).

In de nota *de arts van straks* (2002) wordt de SPV genoemd als een niet meer weg te denken discipline in de psychiatrie (Meijboom - de Jong e.a, 2002: 27). In het werkplan van de stuurgroep *Tussen de lijnen* (2003: 5) lezen we: 'Vermaatschappelijking is een proces dat zich voor de deur van de eerste lijn afspeelt en waar zowel eerste lijns GGZ (bijvoorbeeld AMW) als de gespecialiseerde GGZ (bijvoorbeeld SPV) een eigen rol hebben. Wat is de onderscheiden verantwoordelijkheid van eerste -en tweede lijns GGZ om het proces van vermaatschappelijking - rond de daarvoor in aanmerking komende personen - op gang te brengen? Dan is er nog de liaisonfunctie van de SPV: het zicht hebben - en invloed uitoefenen - op de 'gang' door de tweedelijns van een cliënt alsmede er op toezien dat op adequate wijze terugrapportage plaatsvindt aan de eerste lijn. Welk belang dient deze functie voor de vermaatschappelijking van de GGZ?'..... Eind 2002 verscheen het rapport '*De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk*' van Bosman & De Lange van het Trimbos-instituut. De auteurs merken op dat de grote verschillen in invulling van de functie, tot nadenken stemt. Voordeel voor de huisarts is dat de GGZ-verpleegkundige zich perfect aanpast aan de praktijksituatie. Nadeel is dat de functie breed uitgerekt kan worden. Doordat specifieke SPV werkzaamheden en de daarbij horende verantwoordelijkheden in taak -en functieomschrijving, niet of nauwelijks beschreven worden, kunnen zij ook moeilijk beoordeeld worden. Dat wat niet beschreven staat, formele omschrijvingen ontbreken, kan bijvoorbeeld niet gewogen worden in het kader van taakherschikking of substitutie van taken. Op de werkvloer is echter wel duidelijk wat de taken en werkzaamheden van de SPV zijn.

In haar advies *Taakherschikking in de gezondheidszorg* (RvZ 1, 2002) signaleert men dat de meeste voorbeelden van taakverschuiving te vinden zijn in algemene ziekenhuizen en de eerste lijn. Over taakherschikking in de geestelijke gezondheidszorg wordt nauwelijks gerapporteerd, zo stelt de RvZ. Daaruit wordt automatisch afgeleid dat taakherschikking daar nauwelijks lijkt voor te komen. Wij zijn van mening dat er in de praktijk van de SPV en de psychiater wel degelijk een verschuiving van taken heeft plaatsgevonden en plaatsvindt, maar dat deze praktijk schijnbaar weinig bekendheid geniet bij een belangrijk deel van beleidsmakers en adviesorganen. Daarnaast bemerken wij een kloof tussen de politieke belangstelling voor taakherschikking en de werkvloer. Het fenomeen taakherschikking lijkt in de dagelijkse praktijk van de Amsterdamse GGZ niet of nauwelijks te leven.

In haar rapport *Juridische aspecten van taakherschikking* (2002) concludeert de RvZ dat taakherschikking over het algemeen positief wordt beoordeeld. Zij verwijst daarbij echter ook naar het grijsgebied waarbinnen onduidelijkheid bestaan over, wie, welke handelingen mag verrichten, en wie er verantwoordelijk is voor wat (RvZ, 2).

Wet -en regelgeving spelen een belangrijke rol in de verschuiving van taken. In de volgende paragraaf zullen wij ingaan op de historie van de wetgeving en de huidige wetgeving in de gezondheidszorg. Deze geschiedenis heeft de basis gelegd voor de huidige onderlinge verhoudingen tussen de beroepsgroepen van psychiater en SPV. Wij beperken ons tot de twee belangrijkste wetten aangaande ons onderwerp, de Wet BIG en de WGBO.

Wetgeving in gezondheidszorg

Een van de eerste wetten (1865) op het gebied van de gezondheidszorg was de Wet Uitoefening van de Geneeskunst (WUG). Deze bepaalde dat de uitoefening van de geneeskunst alleen geoorloofd was aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet was toegekend (ter bescherming van de beroepsgroep). Aan niet-bevoegden werd de uitoefening van de geneeskunst integraal verboden met als doel kwakzalverij tegen te gaan (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998). Op basis van de WUG ontwikkelde men in de loop der jaren een aantal nieuwe wetten:

- In 1878 kwam een wet tot stand met de voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, verloskundige en apothekersbediende.
- In 1921 werd het beroep van verpleegkundige bij wet geregeld. Hierbij werd het diploma beschermd maar niet de beroepswerkzaamheden van de verpleegkundige.
- In 1928 kwam de Medische Tuchtwet voor zowel de arts, de tandarts, de verloskundige, de tandheelkundige en de apotheker.
- In 1973 verscheen het rapport van Commissie De Vreeze waarin men concludeerde dat het bestaande stelsel van beroepsbescherming vervangen moest worden door een stelsel van titelbescherming. Het integrale verbod voor de uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden moest opgeheven worden. Aanvankelijk stuitte dit op weerstand van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG). Op den duur was de maatschappij echter bereid in te stemmen met een systeem van titelbescherming waarin geen absoluut verbod meer bestond voor het betreden van het gebied van de geneeskunst. Voorwaarde was dat er een lijst zou komen van verboden deelterreinen voor niet-artsen, de latere voorbehouden handelingen (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998).

Hiermee maakte men een start met een proces dat twintig jaar zou duren om een wettelijk stelsel van titelbescherming te vormen dat uitmondde in de Wet BIG.

Wet BIG

De Wet BIG is in november 1993 fasegewijs ingevoerd. Met de komst van deze wet werden ook andere beroepen dan die van artsen, tandartsen en verloskundigen geregeld. Zodoende werd het zogenaamde medische bevoegdheidsmonopolie opgeheven en werd het beroepsmatig handelen op het gebied van de gezondheidszorg vrijgegeven (Sindram, 2001). Deze opheffing berust op de gedachte dat de patiënt vrijheid moet hebben om zelf te kunnen kiezen uit hulp door een reguliere arts of een alternatieve genezer. De Wet BIG voorziet in één uniforme regeling voor beroepen op het terrein van de gezondheidszorg waarvan beroepsbeoefenaren hulp verlenen aan individuele patiënten. De wet vervangt 13 wetten waaronder de WUG, de Medische Tuchtwet en de Wet bescherming van het diploma van verpleegkundige (Sindram, 2001). Het doel van de wet is de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de individuele patiënt te waarborgen en is zodoende te typeren als kwaliteitswet. Mede met het oog op kwaliteit zijn opleidingseisen geformuleerd, worden titels van gekwalificeerde beroepsbeoefenaars erkend en beschermd, worden deskundigheidsgebieden en specialismen omschreven en is het tuchtrecht voor enkele categorieën vernieuwd en voor andere categorieën nieuw ingevoerd (De Die, 2003).

Als we kijken naar de psychiater en de SPV dan wordt tot het deskundigheidsgebied van de arts (art. 39) gerekend: 'het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Daaronder wordt volgens artikel 2 verstaan; alle verrichtingen - het onderzoeken en geven van raad daaronder begrepen - die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekkend hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen'. Tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige (art. 33) wordt gerekend: a) het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging en b) het ingevolge van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Functionele bevoegdheid

Onder de voormalige WUG waren (onder andere) verpleegkundigen strafbaar wanneer zij handelingen uitvoerden op het gebied van de geneeskunst. Dit gold echter niet als zij deze handelingen verrichtten op basis van de 'verlengde arm constructie', dus in opdracht van een arts. Onduidelijkheid bestond over de bevoegdheid van de verpleegkundige, en wat de arts nu wel en niet kon delegeren. Middels de Wet BIG is getracht meer duidelijkheid te creëren omtrent bevoegdheden van de verschillende werkzame professionals in de gezondheidszorg. De begrippen *functionele zelfstandigheid en voorbehouden handelingen* werden geïntroduceerd. Als een verpleegkundige bekwaam is tot het uitvoeren van een bepaalde handeling op het gebied van de geneeskunst (een voorbehouden handeling), dan kan zij deze uitvoeren in opdracht van een zelfstandig bevoegde, of in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden, vanuit haar functionele zelfstandigheid.

Onduidelijkheid

Voor het zorgvuldig uitvoeren van de voorbehouden handeling is de verpleegkundige verantwoordelijk en in die zin juridisch ook aansprakelijk voor haar handelen. Bij voorbehouden handelingen volgens de Wet BIG gaat het om concrete en duidelijk af te bakenen handelingen. Er zijn echter talloze handelingen en gebieden die niet expliciet in de Wet BIG beschreven staan. Zowel het deskundigheidsgebied van de arts als de verpleegkundige zijn ruim omschreven. Deze kaders zijn volgens ons weinig richtinggevend als het gaat om de bevoegdheden van de verpleegkundige en de daar uit voortvloeiende taken.

Kortom, de Wet BIG is een kaderwet waarin, buiten de voorbehouden handelingen, de beroepsuitoefening slechts in hoofdlijnen beschreven staat. De nadere uitwerking van de Wet BIG dient plaats te vinden in bij de wet behorende besluiten en Algemene Maatregelen van Bestuur (De Die, 1999). Daarnaast biedt het tuchtcollege de mogelijkheid om de wet te interpreteren. Er zijn dus veel handelingen niet duidelijk in de wet beschreven waardoor de verschillende professionals in de gezondheidszorg zich in een lastig grijsgebied bevinden. Op instellingsniveau ontbreken werkbare omschrijvingen over taakafbakening in de vorm van professionele statuten, protocollen of andere richtlijnen.

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Ook de WGBO speelt een belangrijke rol in het grijsgebied. In de jaren '70 ontstond de behoefte aan versterking van de rechtspositie van de patiënt als het ging om geneeskundige behandeling (Berkers, 1997). De patiënt werd minder, er kwamen meer behandelmogelijkheden en de patiënt wilde kunnen meedelen en beslissen. Naast het opzetten van patiëntenorganisaties moesten de patiëntenrechten ook juridisch gestalte krijgen. Dit heeft geleid tot de kwaliteitswet WGBO, die in 1995 in werking is getreden. De WGBO is gebaseerd op patiëntenrechten die te herleiden zijn tot de artikelen 10 en 11 van de grondwet (Berkers, 1997). Basisnorm van de wet is dat de hulpverlener 'de zorg voor goed hulpverlenerschap' in acht neemt. Naast de rechten van de patiënt staan ook aantal plichten vermeld. Globaal regelt de wet plichten omtrent informatie en toestemmingsvereiste, dossierplicht en privacy en regelingen omtrent minderjarige en wilsonbekwame patiënten. De WGBO maakt gebruik van het klachtrecht. Niet de hulpverlener wordt direct aansprakelijk gesteld maar de zorginstelling als opdrachtgever. In een klachtenprocedure zal de instelling bepalen hoe de hulpverlener zijn individuele verantwoordelijkheid volgens de Wet BIG heeft gedragen. Op basis daarvan beslist de instelling of zij de klacht al dan niet op zich neemt. De zorg voor goed hulpverlenerschap is in die zin dan ook de verantwoordelijkheid van de hulpverlener zelf, en niet die van de instelling. Het begrip WGBO wordt in het spraakgebruik opgevat als 'behandeling door de medicus'. De wetgever heeft echter niet alleen de arts voor ogen gehad, maar ook de zorginstelling en alle bij de geneeskundige behandeling betrokken beroepsbeoefenaren (RvZ 2, 2002). De wet spreekt over handelingen op het gebied van de geneeskunst. Tot deze handelingen worden meegerekend 'het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt' (art 7: 446, BW). De wetgever heeft verpleging en verzorging dus expliciet opgenomen in de wet. De verplichtingen van de verpleegkundige volgens de WGBO kunnen in een tuchtrechtelijke procedure een rol spelen (Sindram, 2001).

In de volgende paragraaf worden werkzaamheden zoveel mogelijk geconcretiseerd en in relatie gebracht met de genoemde wetgeving. Wij brengen de werkzaamheden in kaart op basis van contacten met andere GGZ-instellingen en onze eigen ervaring.

Werkzaamheden in het grijs gebied

Recent wetenschappelijk onderzoek naar de mate en omvang van de genoemde werkzaamheden van SPV-en ontbreekt. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) heeft in 1998 onderzoek laten doen naar werkzaamheden van verpleegkundigen (Algera & Scholten, 1998). Wij vonden de volgende werkzaamheden van toepassing op de SPV:

- Het verzamelen van medische informatie en het achterhalen van de ziektegeschiedenis.
- Het verstrekken van medische informatie.
- Het verdedigen van een IBS/RM bij de rechter.
- Het interpreteren van onderzoeksuitslagen.
- Het houden van sociaal psychiatrische gesprekken.

- Screening en het afnemen van een hetero anamnese.
- Psycho-educatie.
- Het bepalen van de zorgvraag na medische indicatie.
- Het indiceren voor psychiatrische opname c.q. RIAGG-behandeling.
- Medicijntoediening middels injecties.

Als wenselijke taakverschuiving werd gerapporteerd het doen van intakes c.q. psychiatrische anamnese en zorgcoördinatie. Als afgeleide wenselijkheden rapporteerde men het voorlichten van de patiënt over alternatieve behandelwijzen en zelfhulpgroepen (Algera & Scholten, 1998).

SPV-en zijn werkzaam op veel verschillende gebieden in de gezondheidszorg. Een belangrijke ontwikkeling is het inzetten van SPV-en in de eerste lijn. Hun takenpakket bestaat bijvoorbeeld uit het geven van consultatie en het doen van kortdurende behandelingen in de huisartsenpraktijk. Tweederde van de consultaties in de huisartspraktijk wordt gedaan door SPV-en (Venneman, e.a., 2001). Behoeftes aan verwijzingsadvies, onduidelijkheid over de diagnose en behoefte aan advies over de omgang met een cliënt zijn volgens Venneman e.a. (2001) de belangrijkste redenen voor het vragen van een consult. Het doen van intakes waarbij items als toestandsbeeld, hulpvraag, biografie, classificatie volgens DSM-IV, conclusie en advies worden beschreven, vallen onder die werkzaamheden (Venneman, e.a., 2001). Het voorleggen van de bevindingen en het adviseren over de gezondheidstoestand van de patiënt zijn zaken die daar niet van los te koppelen zijn. Teunissen (2001) stelt dat de taken die de SPV vervult binnen de huisartsenpraktijk variëren. Sommigen richten zich met name op het geven van voorlichting, psycho-educatie, advies en verwijzing, terwijl anderen zich ook bezig houden met diagnostiek en begeleiding (Teunissen, e.a., 2001).

Bij de verschillende GGZ-instellingen verricht de SPV voordeurwerkzaamheden. Deze werkzaamheden komen overeen met die in de huisartsenpraktijk. Er worden intakes gedaan en er wordt consultatie gegeven aan verschillende verwijzers. Tevens vindt telefonische screening plaats waarin klachten, eerdere hulpverleningsgeschiedenis en hulpvraag worden uitgevraagd en beoordeeld. Dit gebeurt na verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts, de arbo-arts of de verslavingsarts. Hierbij is van belang dat de mate van urgentie beoordeeld wordt, zo ook of genoemde problematiek al dan niet samenhangt met een psychiatrische stoornis. Werkzaamheden in het verlengde hiervan zijn, het stellen van een indicatie, en het eventueel verwijzen naar het meest geëigende zorgcircuit. Bijkomende werkzaamheden zijn het opvragen en verstrekken van medische informatie, het inschatten van de meest geschikte hulpverlener die de intake gaat doen, het beoordelen waar de intake gaat plaatsvinden en het al dan niet betrekken van het systeem. Daarnaast zijn SPV-en regelmatig werkzaam in de functie van voorwacht of meldkamerfunctionaris binnen een crisisdienst. De werkzaamheden bestaan onder andere uit het beoordelen van binnenkomende crises waarbij al dan niet (acuut) geïntervenieerd moet worden. Hier gaat het om het inschatten van zowel het psychiatrisch toestandsbeeld als de mate van urgentie. Kortom, werkzaamheden waarvoor het stellen van een eerste diagnose en een eerste behandelindicatie nodig zijn. Hoewel men in de beschreven werkzaamheden een beroep kan doen op een achterwacht (psychiater) of gebruik kan maken van multidisciplinaire overlegsituaties, ligt de bal in eerste instantie bij de SPV.

Ook buiten de huisartsenpraktijk doen SPV-en behandelingen, zowel kortdurend als langdurend van aard. Het gaat dan onder andere om behandelingen gericht op psycho-educatie, rouw, arbeidsgerelateerde problematiek, het vergroten van coping en vaardigheden, stabilisatie, Linehantherapie, cognitieve gedragstherapie bij psychotici, netwerkopbouw, relatieproblematiek, opvoedingsondersteuning etc.

In de gegeven behandelingen is vaak sprake van een psychiatrische voorgeschiedenis. Veelal worden de problemen vanuit de sociale context gezien en is er sprake van een systemische aanpak. Alvorens de behandeling van start gaat wordt er onderzoek gedaan, zoals inventarisatie van de klachten en het uitpluizen van voorgaande behandelingen. Daarop volgt een verpleegkundige diagnose en wordt het behandelplan opgesteld. De behandeling wordt vaak samen met een psychiater (al dan niet in opleiding), geboden maar ook vinden er bijvoorbeeld behandelingen plaats met de huisarts. Soms doet de SPV de behandeling. Niet zelden zijn er meerdere hulpverlenende instanties betrokken bij de behandeling. In haar rol van zorgcoördinator heeft de SPV de regie over de behandeling en stemt zij de zorg van de verschillende betrokken instanties op elkaar af. In de behandeling is het veelal de SPV die het meeste contact heeft met de cliënt. De SPV regelt vaak een recept dat al dan niet middels een huisbezoek verstrekt wordt. Medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen worden uitgevraagd, laboratoriumuitslagen bekeken en regelmatige controles worden verzorgd.

Wij vragen ons af in hoeverre hier sprake is van een geneeskundige behandeling en in hoeverre er sprake is van een verpleegkundige behandeling. Welke van de twee staat nu eigenlijk het meest centraal? Tot dusver is steeds gesproken over de geneeskundige behandeling (zie de WGBO). Welke rol spelen de deskundigheidsgebieden in de Wet BIG? Welke rol speelt de zorg voor het goed hulpverlenerschap? In de volgende paragraaf zullen wij de genoemde werkzaamheden naast de huidige wet -en regelgeving leggen om zodoende tot een antwoord op deze vragen te komen.

Wet -en regelgeving in relatie tot de werkzaamheden

De Wet BIG

Onderzoeken, beoordelen en inschatten

Voordeurwerkzaamheden zoals intakes, telefonische screening en crisisbeoordeling worden veelal zelfstandig uitgevoerd door de SPV. Strikt gezien zijn deze werkzaamheden niet rechtstreeks te herleiden naar het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige want ze liggen op het terrein van de geneeskunst. Zij vallen dus onder het deskundigheidsgebied van de arts. De Wet BIG stelt immers dat onder het deskundigheidsgebied van de arts *alle* handelingen op het gebied van de geneeskunst worden gerekend. Daaronder worden verstaan 'alle verrichtingen, het onderzoeken en raad geven daaronder begrepen, rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekkend hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen'. Het doen van een intake betreft het verrichten van onderzoek. Klachten, eventuele psychiatrische voorgeschiedenis, biografie, medicijn -en middelengebruik en dergelijke worden uitgevraagd. Op basis van deze informatie wordt een voorlopige DSM-IV classificatie gesteld. Op dat moment vindt dus een beoordeling plaats van de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Tot slot wordt er een voorlopige behandelindicatie gesteld. Vaak wordt er na de intake door de psychiater een psychiatrisch onderzoek gedaan ter verduidelijking van de diagnostiek of om in te schatten of medicatie al dan niet geïndiceerd is. Dit is echter niet altijd een standaardprocedure. De intakes worden doorgaans na afronding besproken in een multidisciplinair team waarbij een psychiater aanwezig is. Hier wordt de uiteindelijke diagnose en de uiteindelijke behandelindicatie gesteld. Na de definitieve vaststelling volgt er vaak een gesprek met de cliënt waarin de diagnose besproken wordt en er een advies voor behandeling volgt.

Het beoordelen of de klachten al dan niet samenhangen met psychiatrische problematiek, het beoordelen of er sprake is van een psychiatrisch

toestandsbeeld, het inschatten of er al dan niet acuut geïntervenieerd moet worden en wat voor interventies er in eerste instantie plaats moeten vinden, zijn werkzaamheden die liggen op het gebied van het stellen van een diagnose. Het stellen van een medische diagnose door een verpleegkundige valt echter in alle gevallen buiten de grenzen die artikel 33 van de wet BIG stelt (Sindram, 2001: 33). Strikt gezien zouden dus alle patiënten die aan de voordeur of, de meldkamer van de crisisdienst komen, gezien of gesproken moeten worden door een psychiater. Het bespreken van de diagnose en het voorleggen van de behandelindicatie na de intake zijn op te vatten als het geven van raad rechtstreeks betrekking hebbend op de gezondheidstoestand van de cliënt. Het betreft het verstrekken van informatie van medische aard. Doorgaans wordt dit niet in opdracht gedaan van de psychiater en ook niet in het verlengde van diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Ook in lopende behandelingen vinden doorlopend beoordelingen plaats. Bijvoorbeeld wanneer er een psychose dreigt of wanneer er sprake is van latente suicidaliteit. De problematiek wordt uitgevraagd en de mate van gevaar wordt beoordeeld. Niet zelden kunnen dergelijke crises ondervangen worden zonder (actieve) tussenkomst van een psychiater. Wanneer de crisis ernstig is, zal er samengewerkt worden met de behandelend of dienstdoend psychiater en/of het multidisciplinaire team. Het blijft echter de verantwoordelijkheid van de SPV om een goede eerste inschatting te maken en te beslissen of een psychiater al dan niet betrokken moet worden. Kortom, in genoemde werkzaamheden is lang niet altijd sprake van direct contact tussen de psychiater en de cliënt. Soms is dit ook niet mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een cliënt na telefonische screening geadviseerd is zich elders aan te melden. Daarnaast is het ons inziens niet altijd noodzakelijk om de psychiater in te schakelen. De SPV beschikt immers over haar eigen deskundigheid als het gaat om het maken van inschattingen. Dikwijls vindt er een terugkoppeling plaats met de psychiater en wordt er overlegd. Deze overlegmomenten zijn van onmisbaar belang om goede zorg te bieden vanuit verschillende deskundigheden. Maar nogmaals; het is en blijft de verantwoordelijkheid van de SPV *zelf* hoe zij in eerste aanleg handelt. De Wet BIG stelt immers dat de verpleegkundige zelf verantwoordelijk is voor haar handelen.

Andere verpleegkundige beroepsgroepen

De tot nu toe beschreven werkzaamheden zijn vergelijkbaar met werkzaamheden van andere verpleegkundige beroepen in de gezondheidszorg. Te denken valt aan verpleegkundigen werkzaam op de spoedeisende hulp of ambulance verpleegkundigen. Het doen van triage¹ op de spoedeisende hulp wordt in een aantal ziekenhuizen gedaan door verpleegkundigen (RvZ 2, 2002) en behelst in feite hetzelfde als het werken bij de crisisdienst of aan de voordeur. Het doen van triage is van medische aard (RvZ 2, 2002). Uit jurisprudentieonderzoek is gebleken dat verpleegkundigen op een spoedeisende hulp triage mogen doen, mits zij aan bepaalde voorwaarden voldoen en bepaalde regels van de instelling in acht nemen (RvZ 2, 2002). Een ander voorbeeld betreft de ambulance verpleegkundige die zelf bepaalt of, en welke, voorbehouden handeling verricht moet worden. Dit voorbeeld gaat over voorbehouden handelingen, maar het geldt net zo gaat voor het uitvoeren van handelingen zonder dat daarbij sprake is van het handelen in opdracht van, of handelingen in aansluiting op de diagnostische en therapeutische vaardigheden van een zelfstandig bevoegde.

¹ *Triage betekent in de genoemde context het selecteren van patiënten op de bijvoorbeeld de mate van urgentie voor medische hulp en door welke hulpverlener deze hulp gegeven moet worden*

Adviseren en raad geven

Psycho-educatie is in SPV-behandelingen een belangrijk onderdeel. Om verergering van de psychiatrische stoornis of decompensatie te voorkomen, geeft de SPV informatie over de stoornis en eventueel medicijngebruik. Het geven van adviezen over de gezondheidstoestand zijn hier ons inziens onlosmakelijk mee verbonden. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een psychotische stoornis dan zal de SPV de cliënt uitleggen dat het krijgen van psychosen kan leiden tot cognitieve functiestoornissen en dat medicijngebruik van belang is teneinde psychosen te voorkomen. Zijn er bijvoorbeeld belastende omstandigheden in het spel waardoor de klachten verergeren, dan zal de SPV haar cliënt bijvoorbeeld adviseren meer rust te nemen of gebruik te maken van de door de psychiater voorgeschreven zo nodig medicatie. Ook hier gaat het ons inziens om het geven van raad over de gezondheidstoestand van de patiënt en betreft het dus een handeling op het gebied van de geneeskunst.

Overige werkzaamheden

Werkzaamheden als het routinematig controleren van laboratoriumuitslagen zoals bij Iponex -of lithiumgebruik, het uitvragen van medicijngebruik in lopende behandelingen en het verstrekken van recepten zijn werkzaamheden die niet direct, of duidelijk afleidbaar zijn van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige. Hoewel deze taken niet slechts voorbehouden zijn aan artsen betreft het werkzaamheden op het gebied van de geneeskunst. Dit geldt ook voor het geven van consultatie omtrent diagnostiek en verwijzing aan andere professionals.

De WGBO

SPV-en geven niet zelden informatie van medische aard aan cliënten. Bijvoorbeeld na de intake als de diagnose, de prognose en de behandelbaarheid besproken worden. De WGBO stelt echter dat het verstrekken van medische informatie de taak en verantwoordelijkheid van de arts is: die bepaalt welke informatie hoe en wanneer gegeven wordt (Berkers, 1997). Verpleegkundigen mogen wel informatie geven van medische aard maar moeten daarbij wel binnen hun eigen deskundigheidsgebied blijven (Berkers, 1997). Lastig, denken wij als we kijken naar de ruime omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden in de Wet BIG. Lastig, als we kijken naar de aard van de behandelingen en lastig als er geen sprake is van (directe) betrokkenheid van de psychiater. Wanneer het medische informatie betreft buiten haar deskundigheidsgebied, dan is het de arts die bepaalt welke informatie zij al dan niet verstrekt. Ook bij een meningsverschil is het de arts die uiteindelijk bepaalt welke informatie er al dan niet gegeven wordt (Berkers, 1997). Wij achten het in de huidige praktijk echter niet haalbaar om continu te overleggen over wat wel en wat niet te zeggen tegen een cliënt.

Richtlijnen en protocollen

Het verrichten van voorbehouden handelingen door ambulanceverpleegkundigen zonder tussenkomst of opdracht van een arts, blijkt sterk geprotocolleerd te zijn. Voor triage op de spoedeisende hulp door verpleegkundigen bestaan richtlijnen (RvZ 2). Instellingen gebruiken richtlijnen of protocollen voor het handelen in bijvoorbeeld de crisisdienst of voor het doen van intakes. Er zijn procedures om de psychiater automatisch te betrekken in de intakeprocedure middels een kort gesprek na de intake. Of er bestaan richtlijnen hoe te handelen bij bijvoorbeeld suicidaliteit bij telefonische aanmelding bij de crisisdienst. Deze protocollen bieden een zekere basis en mate van juridische veiligheid voor zowel de SPV als de psychiater. Uit contacten met verschillende GGZ-instellingen bleek dat er lang niet altijd sprake is van richtlijnen, protocollen of afspraken, en er niet zelden sprake is van een laissez-fair beleid. Er staat niets op papier, werknemers zijn niet goed op de hoogte van aanwezige protocollen of er is sprake van tegenstrijdige omschrijvingen in protocollen.

Dit ontslaat de SPV echter niet van haar verantwoordelijkheid om zelf te beoordelen waartoe zij al dan niet bekwaam en bevoegd is. Daarnaast dienen knelpunten aangekaart te worden op beleidsniveau vanaf de werkvloer.

Discussies op de werkvloer

Functieomschrijvingen en richtlijnen

De beschreven discrepantie tussen regelgeving en realiteit van de dagelijkse praktijk maken het op instellingsniveau vaak erg lastig om tot kloppende richtlijnen en protocollen te komen. Deze richtlijnen moeten de afbakening van verantwoordelijkheden en taken van de verschillende werkzame professionals binnen de GGZ-instellingen regelen. Aan de hand van de FWG 3.0 tracht men de werkzaamheden en het geheel van de functie op zwaarte in te schatten. Dit gaat niet zonder slag of stoot. Bij sommige Amsterdamse GGZ instellingen heeft deze procedure erg veel tijd in beslag genomen. Dit had alles te maken met de discussie tussen professionals op de werkvloer en het management, om tot overeenstemming te komen over de verantwoordelijkheden van de verschillende beroepsgroepen. De langlopende procedure zegt iets over de complexiteit van het afbakenen van verantwoordelijkheden en de discrepantie tussen wetgeving en praktijk. Zoals we al beschreven is het 'handelen in opdracht van' of 'in aansluiting op' in veel gevallen gewoon niet waar. Ook is de betrokkenheid van de psychiater soms gering. Toch stellen verschillende instellingsstatuten dat de verpleegkundige haar werkzaamheden verricht op deze basis. Ons inziens is hier dan ook sprake van een juridisch 'indekken' door instellingen. Kortom, men wil wel de lusten maar niet de lasten van de werkzaamheden verricht door de SPV.

Hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijke

In het verlengde van de discussie omtrent functieomschrijvingen en verantwoordelijkheidsregelingen is er een discussie ontstaan over het behandelaarschap. De term *hoofdbehandelaar* heeft zijn intrede gedaan in verschillende GGZ instellingen, waaronder ook de Amsterdamse. SPV-en zouden de rol van hoofdbehandelaar niet kunnen vervullen. Tegenstrijdig als je kijkt naar de daadwerkelijke werkzaamheden van de SPV; het opstellen, vormgeven en coördineren van de behandeling. Dit is nog merkwaardiger als je ogenschouw neemt hoe vaak de verpleegkundige behandeling centraal lijkt te staan. Bovendien besteedt het curriculum van de psychiater weinig aandacht aan zaken als afstemming van verschillende betrokken hulpverleners, de sociale kaart, systeemgericht werken in het eigen milieu en praktische zorgtaken (Hermanides, 2000). De nadruk in de opleiding tot psychiater ligt op de medische psychiatrie. Genoemde werkzaamheden vallen dan ook onder de deskundigheid van de SPV. De term 'hoofdbehandelaar' is echter nergens terug te vinden. Niet in het Nederlands woordenboek nog in de huidige wet -en regelgeving. Deze term lijkt dan ook geboren te zijn uit een strijd omtrent domeinbehoud. Daarnaast lijkt het een poging van beleidsmakers en management om de discrepantie tussen daadwerkelijke werkzaamheden van de SPV en de wetgeving, te maskeren. Koekkoek (2003) stelt zich de vraag of SPV-en wel zouden moeten behandelen. Hij stelt dat het zich bezighouden met de gevolgen van psychiatrische problematiek, begeleiding is, en het bezighouden met de oorzaken daarvan onder behandeling valt. De FWG heeft als uitgangspunt dat er sprake is van behandeling als het doel genezing dan wel verbetering in de fysieke en/of psychische gesteldheid is. Begeleiden is meer gericht op het in stand houden of bevorderen van het psychosociale welbevinden of de zelfredzaamheid van de patiënt. Een onderscheid in deze is volgens ons soms lastig te maken. Het één staat immers niet los van het ander. Gersons (in Van der Padt, 2004) stelt dat elders in de wereld het veel gewoner is dat verpleegkundigen behandelen en hun eigen praktijk opzetten, maar dat men in Nederland gewend is dat psychologen en psychiaters behandelen, en verpleegkundigen niet.

Wij gaan bij deze discussie uit van het profiel van de NVSPV dat stelt dat SPV-en zowel behandelen als begeleiden (Venneman, 1998).

Opmerkelijk in deze hele discussie is dat het fenomeen *behandelen* als statussymbool wordt gezien, terwijl het daadwerkelijk om iets heel anders gaat. Namelijk, om de erkenning en bescherming van de kwaliteit van zorg.

De medische beroepsgroep voert in bovengenoemde discussies niet zelden aan dat de psychiater medisch eindverantwoordelijk is voor de behandeling. Hiermee wordt vaak impliciet bedoeld dat de psychiater verantwoordelijk is voor het handelen van de SPV. In juridische zin kan echter helemaal geen sprake zijn van een eindverantwoordelijkheid over de behandeling. De Wet BIG stelt immers dat de verpleegkundige zelf verantwoordelijk is voor haar handelen. Ook de WGBO verwijst naar de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Daarnaast wijst de WGBO op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken hulpverleners in een behandeling (Berkers, '79). Ook de RvZ benadrukt meerdere malen dat er zowel feitelijk, als in juridische zin, geen sprake kan zijn van een medische eindverantwoordelijkheid (RvZ 2, 2002). Kortom, een vermeende medische eindverantwoordelijkheid is simpelweg niet waar te maken. Desondanks staat deze (eind)verantwoordelijkheid niet zelden vermeld in richtlijnen en protocollen op instellingsniveau. Onterecht vinden wij dus.

In deze gehele discussie verwijzen wij dan ook naar hoofdzaken als het dragen van een individuele verantwoordelijkheid volgens de huidige wettelijke bepalingen. Daarnaast verwijzen wij naar de mate van zelfstandigheid en het gespecialiseerde karakter van de werkzaamheden van de SPV. Mogelijke reden tot (formele) ontkenning hiervan is dat er tegenover zaken als, een hoge mate van autonomie, deskundigheid en verantwoordelijkheid, een bepaalde waardering hoort te staan. Genoemde zaken worden op basis van financiële motieven niet altijd erkend. Men stelt dan ook dat het moeilijk is salarissen aan te passen aan de toenemende verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren (RvZ 1, 2002). Als andere oorzaak wordt in verschillende literatuur verwezen naar het bewaken van het medisch territorium door artsen. Hieraan zouden, angst voor aansprakelijkheid, financiële motieven, statusmotieven en vermeende macht ten grondslag liggen (RvZ 2, 2002). Gersons (in Van der Padt, 2004) stelt dat men in Nederland als de dood is voor fouten als je kijkt naar de beroepsverantwoordelijkheid en het gebruik van de Wet BIG. Onzekerheid over bij wie welke verantwoordelijkheid berust, speelt ons inziens inderdaad een niet onbelangrijke rol.

Conclusies en aanbevelingen

Zoals genoemd ontbreekt, zover onze kennis strekt, recent onderzoek naar de mate en omvang van de werkzaamheden in het grijsgebied in de GGZ. Dat SPV-en werkzaamheden in dit gebied frequent uitvoeren is echter algemeen bekend. De benodigde competenties voor het uitvoeren van deze werkzaamheden zijn dan ook ingebed in de opleiding MGZ/GGZ. Deze competenties gelden als eis voor het behalen van het diploma tot SPV. Wij achten het echter van belang dat er onderzoek wordt gedaan om duidelijk te maken tot waar de deskundigheid van de SPV zich heeft uitgestrekt. Erkenning van taken zou op verschillende niveaus moeten plaatsvinden. Daarnaast dient onderzocht te worden onder welke voorwaarden de genoemde werkzaamheden plaatsvinden.

Uit het artikel valt af te leiden dat het deskundigheidsgebied van de arts zeer ruim omschreven is in de Wet BIG. Zoals blijkt zijn vrijwel alle werkzaamheden onder het gebied van de geneeskunst te scharen. Het zeer ruim omschreven deskundigheidsgebied (de geneeskunst) van artsen draagt naar onze mening bij tot een machtige positie van deze beroepsgroep in verhouding tot andere beroepsgroepen, waaronder die van de verpleegkundige.

De richtlijnen van de Wet BIG stellen de verpleegkundigen in een afhankelijkheidspositie van de arts. Dit is niet altijd nodig als het gaat om kwalitatief goede zorg. Het onder b) gestelde 'handelen in aansluiting op' of 'in opdracht van' (art. 33) lijkt de claim te legitimeren op de medische eindverantwoordelijkheid. De toevoeging schept echter slechts de mogelijkheid dat ook verpleegkundigen mogen handelen op het domein van de geneeskunst mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Het handelen 'in opdracht van' of 'in aansluiting op' is gezien het zelfstandige karakter waarmee de werkzaamheden in de praktijk worden uitgevoerd, vaak niet aan de orde, en simpelweg niet waar. De richtlijnen die de Wet BIG geeft zijn volgens ons niet voldoende toereikend als het gaat om de erkenning van de huidige autonomie en deskundigheid van de SPV. Wij ondersteunen de aanbeveling van het LEVV om het 'handelen in opdracht van' zoals omschreven in het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige (art. 33), te schrappen (Vlaskamp & Buijse, 2003). Daarnaast zou het 'handelen in aansluiting op' flink aangepast moeten worden. Als voorbeeld noemen we hier het doen van eerste beoordelingen en inschattingen zonder dat daarbij een arts betrokken is. De Raad acht het van cruciaal belang dat er erkenning komt voor het feit dat ook niet-artsen, zelfstandig werkzaam kunnen zijn op het medisch domein. Het 'handelen in opdracht van' en 'in aansluiting op' wordt dan ook gezien als een belemmering voor taakherschikking (RvZ 2, 2002).

De omschrijvingen in de WGBO zijn onduidelijk en leggen te veel nadruk op de medische behandeling. Neem alleen de term geneeskundige behandelingsovereenkomst, verpleging en verzorging valt onder de reikwijdte van de wet wanneer deze in het kader van een geneeskundige behandeling plaatsvindt (RvZ 1, 2002). Volgens ons is dit niet correct omdat het hier meestal om de verpleegkundige behandeling gaat. De Raad stelt dat het verplegen en verzorgen in het kader van een geneeskundige behandeling niet consistent is met het doel en de strekking van de wet. Daarnaast zijn duidelijke grenzen tussen handelingen die wel en niet onder de geneeskunst vallen moeilijk te onderscheiden (RvZ 1, 2002). Wij pleiten dan ook voor een aanpassing van de gebruikte terminologie en zien in de omschrijvingen de verpleegkundige een meer zelfstandige rol toebedeeld.

De huidige werkzaamheden van SPV dienen ingebed te worden in werkbare protocollen en samenwerkingsafspraken. Dit om goede zorg te bieden en duidelijkheid te scheppen tussen de verschillende beroepsgroepen, die van psychiater en SPV in het bijzonder. Juridische hiaten kunnen via deze afspraken en protocollen ondervangen worden waardoor er een veiliger basis voor zowel de SPV als de psychiater bestaat. Wij pleiten in deze voor het behoud van de huidige zelfstandigheid van de SPV. Een meer consulterende rol van de psychiater lijkt daarin gewenst.

In de ontwikkelingen omtrent taakherschikking bemerken wij een passieve rol van de beroepsvereniging van de SPV. Werkzaamheden van de beroepsgroep lijken onvoldoende bekendheid te genieten bij beleidsmakers en adviesorganen op politiek niveau. Wij zien in de genoemde ontwikkeling dan ook een belangrijke rol voor de beroepsvereniging weggelegd. Daarnaast achten wij het van belang dat er via de opleiding MGZ/GGZ meer aandacht wordt besteedt aan taakverschuiving -en herschikking en de juridische positie van de SPV, zodat deze ontwikkelingen meer gaan leven op de directe werkvloer.

Tot slot willen we opmerken dat indien SPV-en de genoemde werkzaamheden zouden laten vallen, of niet meer kunnen uitvoeren vanwege een onveilige of onduidelijke regelgeving, dit zou kunnen leiden tot een ernstige ontwrichting in het werkveld van de GGZ. Dit geldt niet alleen voor de SPV, maar ook voor andere verpleegkundigen en professionals in de GGZ.

Het strekt dan ook ten zeerste tot de aanbeveling dat beleidsmakers en managers van GGZ instellingen zich samen met de verschillende professionals van de werkvloer, constructief inzetten om tot werkbare afspraken en richtlijnen te komen.

Literatuur

- Algera, M. & Ch. M. Scholten, Taakverschuiving arts richting verpleegkundige, hoofdrapport. Onderzoek in opdracht van het LCVV, uitgevoerd door Research voor Beleid, Leiden, april 1998
- Bosman, M. & J. de Lange, De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Trimbos-Instituut, Utrecht, 2002
- Die, de A.C. & E.M. Hoorenman, De Wet BIG: De betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, Koninklijk Vermande, 2003.
- Berkers, P.H.M, Patiëntenbelangen in balans, De wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in de Verpleegkundige praktijk, NU '91, januari 1997
- Hermanides - Willenborg, L. & J. Derks, Het voortbestaan van de MGZ/GGZ opleiding onder vuur! Kans op de verdwijning van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, nurse practitioner avant la lettre, SP december 2003
- Hermanides - Willenborg, L., De vermaatschappelijking van zorg, een stap voorwaarts in de professionalisering van de GGZ-hulpverlening? Bijdrage essaybundel t.g.v de keerzijde van de vermaatschappelijking, november 2000
- Hutschemaekers, G. & L. Neijmeijer, Beroepen in Beweging: Professionalisering en grenzen van de een multidisciplinaire GGZ. Trimbos-instituut, Utrecht, 1998
- Landelijke Commissie van de Volksgezondheid: Zorg van Velen, eindrapportage, Den Haag, februari 2002
- Meyboom-de Jong, B., L.J. Schmit Jongbloed & M.C. Willemse, onder eindredactie van, De arts van Straks, en nieuw medisch opleidingscontinuüm, nota KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ, en LCVV, Leiden, oktober 2002
- Padt, I. van der, De profilering van de SPV, interview met B.P.R Gersons, SP, mei 2004
- Koekkoek, B., Steun vanaf een wankel basis, over het werk van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling, MGv 59, 214-216, maart 2004
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1: Taakherschikking in de gezondheidszorg: Advies uitgebracht door de RvZ aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer, 2002
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2: Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg; achtergrondstudies uitgebracht door de RvZ bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002
- Sindram I.P.C, De Wet BIG in kort bestek: Verplegenden en verzorgenden onder de Wet BIG, Nieuwe Unie '91, jaartal onbekend
- Sindram, I.P.C, BIG inzichtelijk; verplegenden en verzorgenden IG onder de wet BIG, april 2001, NU '91
- Stuurgroep Tussen de Lijnen, Werkplan, 2003
- Teunissen, K., M.L. Seelen & M. Niele, Versterking van de eerste lijn in de GGZ, SP mei 2001
- Venneman, B.J.M, Profiel Sociaal psychiatrisch Verpleegkundige, NvSPV, Eindhoven, 1998
- Venneman, B.J.M., S. Binnerts, J. Sinnema & S. Jorna, Consultatie door de SPV in de huisartspraktijk: een black box of toch niet? SP mei 2001
- Vlaskamp, L. & R. Buijse, LEVV reageert op jongste rapport over taakherschikking, TvZ, 2003. nr. 10

Geraadpleegde literatuur

- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: uitspraak 27 november 2003
- Crul, B.V.M & J. Legemaate, Wie stelt de diagnose? Sectie uitspraak tuchtcollege, Uitspraak Medisch Tuchtcollege 5 september 2003, Medisch Contact, Jaargang 58 nr. 36